flash GRIPPE

volume 3 / numéro 9

Le vendredi 3 mai 2013

UNE SAISON GRIPPALE QUI S'ÉTIRE AU QUÉBEC

FAITS SAILLANTS

QUÉBEC

Pour la semaine se terminant le 27 avril 2013 (CDC 17), l'indice d'activité grippale était modéré, avec une tendance stable. Les laboratoires sentinelles ont détecté 143 cas d'influenza sur les 1 240 tests effectués, dont 132 cas du type B et 11 du type A ; la proportion des tests positifs pour le virus de l'influenza s'établissait donc à 11,5 %. Certains indicateurs de l'activité grippale ont fluctué depuis la semaine CDC 14 (se terminant le 6 avril 2013). Le nombre d'admissions confirmées d'influenza B en milieu pédiatrique a augmenté lors de la semaine CDC 15, mais a depuis diminué ; deux cas ont été rapportés pour la semaine CDC 17. Six éclosions d'influenza B sont survenues dans des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) depuis la semaine CDC 15. Cette deuxième vague, causée par l'influenza B, persiste depuis plusieurs semaines, mais est de moindre intensité que la vague attribuable à l'influenza A.

Canada et INTERNATIONAL

L'activité grippale est stable au Canada ; la proportion des tests positifs par rapport aux tests effectués se maintient à 12 % depuis les six dernières semaines. Au cours de la semaine CDC 16 (du 14 au 20 avril), le taux de consultation pour un syndrome d'allure grippale (SAG) était stable et le nombre de régions où l'on a signalé une activité localisée a augmenté, probablement à cause de la circulation continue du virus influenza de type B. Le nombre d'admissions en milieu hospitaliser pédiatrique associées à l'influenza, principalement reliées à l'influenza B, a augmenté entre les semaines CDC 15 et 16 (respectivement 16 et 21 cas).

Aux États-Unis, l'activité grippale a diminué au cours de la semaine CDC 16, pendant laquelle seulement 7,4 % des spécimens testés étaient positifs pour le virus de la grippe (250/3384 tests). La proportion des consultations pour surveillance des SAG dans les centres hospitaliers était de 1,1 %, se situant sous le niveau attendu (2,2 %). L'activité grippale était minimale dans la quasi-totalité des États et seul le Vermont rapportait une activité grippale faible. Dans la plupart des pays européens, l'activité grippale est désormais sous le niveau de base (semaine 16, soit du 15 au 21 avril 2013). En République populaire de Chine, en date du 29 avril 2013, 126 cas humains d'infections attribuables au nouveau virus de la grippe A(H7N9) aviaire ont été rapportés, dont 24 décès. Ce sont les premiers cas humains répertoriés d'infection par ce sous-type aviaire. Il n'y a pas d'évidence de transmission interhumaine et aucun cas n'a été détecté au Canada.

Surveillance des infections respiratoires et de l'influenza dans les groupes de médecine de famille (GMF) sentinelles

Du 31 mars au 20 avril 2013 (semaines CDC 14 à 16), 21 prélèvements ont été effectués dans les cliniques des GMF sentinelles, et des virus respiratoires ont été identifiés dans 15 (71 %) de ces prélèvements. Selon les GMF, les virus de l'influenza, tous du type B, représentaient en moyenne 40 % des prélèvements positifs (min-max : 17 % – 67 %).

Caractérisation des souches d'influenza

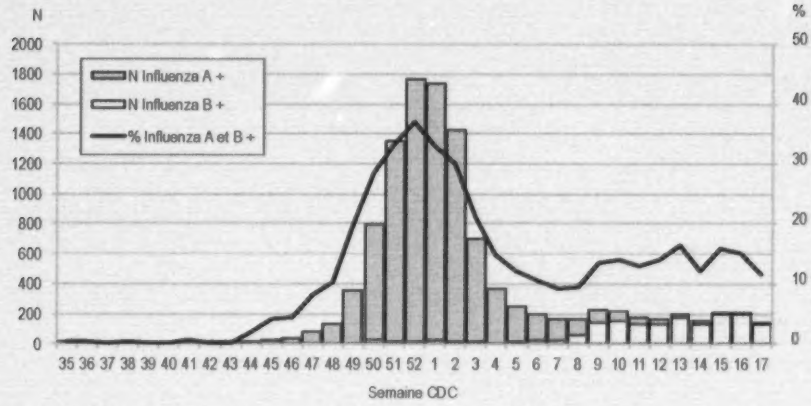
Du 1er septembre 2012 au 25 avril 2013, le Laboratoire national de microbiologie (LNM) de Winnipeg, a caractérisé les antigènes de 336 virus de l'influenza provenant du Québec. De ces souches, 66 % (222/336) étaient du sous-type A(H3N2) et 30,4 % (102/336) étaient du type B. Toutes les souches d'influenza envoyées par le Québec au LNM sont analogues aux composantes vaccinales de la saison 2012-2013, sauf huit qui sont analogues à la souche B/Brisbane/60/2008 comprise dans le vaccin de la saison 2011-2012. Au 25 avril 2013, le LNM rapportait de la résistance à l'oseltamivir pour une souche d'influenza A(H3N2) de l'Ontario. Une souche d'influenza A(H3N2) résistante au zanamivir a également été détectée.

Québec

Surveillance virologique

GRAPHIQUE 1

Nombre et pourcentage de tests positifs pour l'influenza rapportés par les laboratoires sentinelles du Québec, saison 2012-2013



Le pourcentage global des tests positifs pour l'influenza (types A et B) fluctue depuis la semaine CDC 09. Après avoir atteint 15,8 % pendant la semaine CDC 15, il est redescendu à 11,5 % au cours de la semaine CDC 17.

Dans les dernières semaines, le nombre de cas d'influenza (types A et B) était relativement stable, bien que l'influenza A se raréfie.

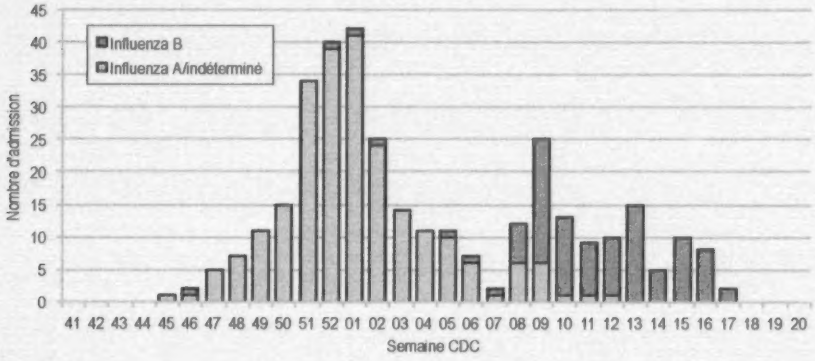
Note : La lettre N est ici l'abréviation du mot *nombre*
Source : LSPQ, INSPQ, 30 avril 2013.

SURVEILLANCE DE LA MORBIDITÉ HOSPITALIÈRE ET AMBULATOIRE

Entre les semaines CDC 12 à 15 (du 17 mars au 13 avril 2013), la proportion des consultations pour un SAG dans les urgences des centres hospitaliers avait légèrement augmenté. Elle a par la suite diminué, de 4,7 % (CDC 15) à 4,3 % (CDC 17), ce qui se situe au-dessus des valeurs observées en dehors de la saison grippale. Le pourcentage d'appels pour SAG à Info-Santé est à la baisse depuis la semaine CDC 09 (se terminant le 2 mars), avec une légère augmentation au cours de la semaine CDC 15. Depuis, l'indicateur continue à baisser et pour la semaine CDC 17, il était de 0,49 %, se situant sous la valeur moyenne de 0,56 %. Le nombre d'admissions en milieu hospitalier pédiatrique dont la cause confirmée est l'influenza B a augmenté au cours de la semaine CDC 15 : 10 cas d'influenza de type B ont alors été rapportés par le réseau du Programme canadien de surveillance active de l'immunisation (IMPACT), contre 5 pour la semaine CDC 14 (graphique 2). Par la suite, le nombre de cas a graduellement diminué ; 8 cas ont été rapportés pour la semaine CDC 16 et 2 cas pour la semaine CDC 17.

GRAPHIQUE 2

Nombre d'admissions pédiatriques avec influenza confirmées et rapportées par le réseau IMPACT, semaines CDC 41 à 17 (saison 2012-2013)

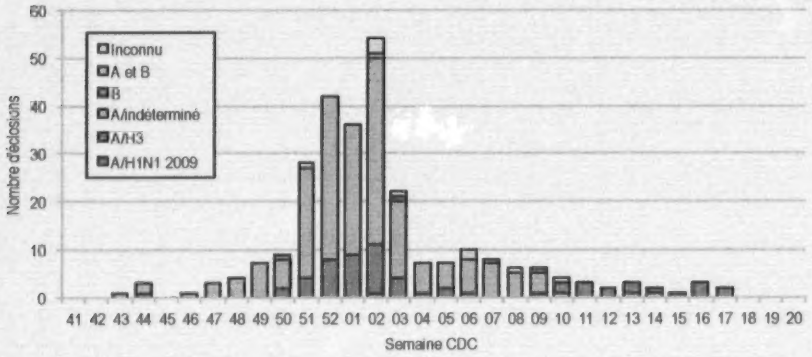


Il arrive que le nombre d'admissions confirmées d'influenza en milieu pédiatrique soit modifié à la hausse a posteriori dû à des délais de déclaration des cas.

Source : Infocentre de santé publique, INSPQ, 1er mai 2013.

GRAPHIQUE 3

Nombre d'éclosions d'influenza A et B en CHSLD, semaines CDC 41 à 17 (saison 2012-2013)



Source : Infocentre de santé publique, INSPQ, 1er mai 2013.

Depuis la semaine CDC 15, six éclosions sont survenues dans des CHSLD :

CDC 15 : n = 1
CDC 16 : n = 3
CDC 17 : n = 2

INFLUENZA AVIAIRE

Cas humains d'infection par le virus de la grippe A(H7N9) aviaire en République populaire de Chine

En date du 29 avril 2013, 126 cas humains d'infection par le virus de la grippe A(H7N9) aviaire, dont 24 décès, ont été rapportés à l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Si la majorité des cas ont eu des symptômes de maladie respiratoire sévère, quelques-uns ont présenté un tableau clinique plus léger de fièvre et de toux. Tous ces cas sont survenus en République populaire de Chine, dans huit provinces de l'est du pays (Jiangsu, Zhejiang, Anhui, Henan, Hunan, Fujian, Jiangxi et Shandong) et deux municipalités (Beijing et Shanghai), sauf un cas, lié à un voyage en République populaire de Chine, qui est survenu à Taiwan. Ce sont les premiers cas humains répertoriés d'infection par le virus de la grippe A(H7N9) aviaire et c'est la première fois qu'un virus d'influenza aviaire de type A considéré comme faiblement pathogène chez la volaille est associé à des décès chez l'humain. Ce nouveau virus serait issu d'un réassortiment de trois virus d'influenza d'origine aviaire. Trois agrégats familiaux de cas ont été identifiés. Toutefois, il n'est pas clair si ces agrégats sont causés par une exposition à une source commune ou s'ils sont dus à une transmission de personne à personne limitée. A ce jour, il n'y a pas d'évidence pour conclure à une transmission interhumaine. Le virus a été détecté dans des spécimens prélevés sur des oiseaux (pigeons, poulets, canards) vendus dans des marchés de Shanghai et de certaines provinces touchées, ainsi que chez des pigeons sauvages.

Sur la base de l'information disponible, l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) considère que, pour les Canadiens, le risque d'être infectés par le virus de la grippe A(H7N9) aviaire demeure faible. Aucun cas humain associé à ce virus n'a été signalé au Canada. Pour se renseigner davantage sur la grippe A(H7N9) aviaire, on peut consulter le site Web de l'OMS http://www.who.int/csr/don/en/index.html et celui de l'ASPC http://www.phac-aspc.gc.ca/phn-asp/2013/h7n9-0403-fra.php.

Cas humains d'infections au virus de la grippe A(H5N1)

Depuis la dernière mise à jour de l'OMS du 12 mars dernier concernant les cas humains de grippe A(H5N1), quatre pays ont rapporté un total de six nouveaux cas : Bangladesh (1), Cambodge (1), Égypte (2) et Vietnam (2). Les enquêtes effectuées auprès de ces cas ont révélé qu'ils étaient de nature sporadique. En date du 26 avril 2013, l'OMS a confirmé 628 cas humains de grippe A(H5N1), dont 374 décès, dans 15 pays depuis 2003. Un tableau cumulatif des cas peut être consulté en suivant le lien électronique suivant : http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/H5N1_cumulative_table_archives/en/index.html.

RECOMMANDATIONS

Vaccination (saison 2012-2013)

Le pic d'influenza étant passé, l'offre systématique de la vaccination à l'ensemble des personnes ciblées par le programme de vaccination contre l'influenza n'est plus recommandée pour la présente saison. Compte tenu que le virus influenza circule toujours, des doses de ce vaccin sont conservées dans les régions pour répondre à la demande des personnes ciblées par le programme de vaccination gratuite et pour contrôler les éclosions d'influenza qui pourraient survenir dans des établissements de santé et de services sociaux.

Anticorps monoclonaux contre le virus respiratoire syncytial : palivizumab (Synagis^{MD})

Le palivizumab est habituellement recommandé en prophylaxie pour la prévention de la bronchiolite chez les enfants pour qui le risque d'infection par le virus respiratoire syncytial (VRS) est élevé lorsque ce virus circule dans une région. La circulation du VRS est en baisse au Québec avec une proportion des tests positifs qui se situait à 4,3 % pour la semaine CDC 17. Il n'est plus indiqué d'offrir la prophylaxie avec le palivizumab.

Étiquette respiratoire

L'application de l'étiquette respiratoire dans les salles d'attente doit être maintenue dans tous les milieux de soins pour tous les patients se présentant avec des symptômes d'infection respiratoire.

Éclosions d'influenza dans les CHSLD

On peut prendre connaissance des recommandations relatives à la gestion des éclosions d'influenza dans les CHSLD pour la saison 2012-2013 en suivant le lien électronique suivant : http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/fb143c75e0c27b69852566aa0064b01c/f995f92f8e29a010852571f10055991b?OpenDocument.

Éclosions de grippe dans les centres hospitaliers

Des recommandations pour la prévention et le contrôle de la grippe saisonnière dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ont été formulées par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec. Elles sont consultables en suivant le lien électronique suivant : http://www.inspq.qc.ca/aspx/fr/publications_cinq.aspx?sortcode=1.53.54.58.60.62.

PERSONNES AYANT CONTRIBUÉ AU PRÉSENT NUMÉRO :

Anne-Marie Lowe, Rachid Amini, Madeleine Tremblay, Marlène Mercier, Marc Lebel ainsi que les membres suivants du Groupe provincial de surveillance et de vigie de l'influenza : Hugues Charest, Christine Lacroix, Renée Paré.

Il est possible d'obtenir de l'information sur le *Flash grippe* en consultant le site Web du MSSS, à l'adresse suivante : **www.msss.gouv.qc.ca/influenza**.

Les personnes qui veulent recevoir le *Flash grippe* par Internet peuvent s'inscrire à l'adresse suivante : **www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/influenza/index.php?abonnement**.

PROCHAINE PARUTION : FIN MAI 2013

Le bulletin *Flash grippe* est une production du Bureau de surveillance et de vigie du ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec le Groupe provincial de surveillance et de vigie de l'influenza, les laboratoires sentinelles, les centres de santé nordiques (régions sociosanitaires 17 et 18), le service Info-Santé et Info-Social, le Laboratoire de santé publique du Québec, l'Institut national de santé publique du Québec et les directions régionales de santé publique.

13-264-02W © Gouvernement du Québec, 2013
ISSN : 1927-792X

Santé et Services sociaux Québec